

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Anna Kujala

POSTOPERATIIVISEN KIVUN ARVIOINTI.

Osastotunti Pohjois-Karjalan keskussairaalan gastrokirurgian vuodeosastolla
2G

Opinnäytetyö
Marraskuu 2016

 Karelia AMMATTIKORKEAKOULU	OPINNÄYTETYÖ Marraskuu 2016 Hoitotyön koulutusohjelma Tikkarinne 9 80200 JOENSUU 0504054816
Tekijä Anna Kujala	
Nimeke Postoperatiivisen kivun arviointi. Osastotunti Pohjois-Karjalan keskussairaalan gastrokirurgian vuodeosastolla 2G Toimeksiantaja Anestesiaosasto/APS, Pohjois-Karjalan keskussairaala	
Tiivistelmä <p>Tutkimusten mukaan postoperatiivisen kivun hoito on maailmanlaajuisesti edelleen puutteellista. Sairaanhoitajan suorittama säännöllinen kivun arviointi ohjaa kivun hoitoa. Kivun arvioinnissa käytettäviä menetelmiä ovat kipumittarit, potilasohjaus, kipukäyttäytymisen havainnointi sekä hoidon jatkuva seuranta ja kirjaaminen. Opinnäytetyössä käytetyissä tutkimuksissa on pyritty kartoittamaan sairaanhoitajien asenteita kipuun ja kivun hoitoon sekä postoperatiivisen kivun hoidon ja arvioinnin haasteita. Näitä haasteita ovat muun muassa työn kiireisyys, yhteisten käytäntöjen puute tai ristiriitaisuus sekä puutteet kivun ja kivun arvioinnin tiedoissa ja taidoissa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä tietoutta kivun arvioinnin tärkeydestä kivun hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää sairaanhoitajien kivun arviointia. Tehtävänä oli tuottaa osastotunti postoperatiivisen kivun arvioinnista kirurgisella vuodeosastolla.</p> <p>Osastotunti herätti keskustelua, ja palautteen perusteella opitun tiedon kertaaminen ja uusi näkökulma koettiin hyödylliseksi. Palautteesta kävi myös ilmi, että kivun arvioinnissa on parannettavaa sekä yksilötason toiminnassa että yhteisissä käytännöissä. Näyttöön perustuvan tutkimuksen soveltamista työelämässä voisi tutkia tarkemmin.</p>	
Kieli suomi	Sivuja 29 Liitteet 3
Asiasanat postoperatiivinen kipu, arviointi, kivun hoito, hoitotyö	



THESIS
November 2016
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel + 358 50 405 4816

Author
Anna Kujala

Title
Assessment of Postoperative Pain. Ward Class at Gastrosurgical Ward 2G in North Karelia Central Hospital
Commissioned by
Anaesthesia Ward/APS, North Karelia Central Hospital

Abstract

Studies have shown that pain management is still insufficient globally. Pain management is guided by regular pain assessment performed by nurses. Methods used in pain assessment are pain scales, patient education, observation of pain behaviour and continuous assessment and documentation of care. The studies reviewed for this thesis aimed at understanding nurses' attitudes towards pain and pain management and the challenges of managing and assessing postoperative pain. These challenges include lack of time, lacking or contradicting practices and policies and insufficient knowledge and skills in pain and pain management.

The purpose of this thesis was to increase awareness of the importance of pain assessment in pain management. The aim of the thesis was to improve pain assessment in nursing care. The thesis assignment was to give a ward class in postoperative pain assessment at a surgical ward.

The ward class inspired discussion, and based on the feedback it was regarded as useful to review the learned theoretical basis and have a new viewpoint to the matter. The feedback also revealed that improvements need to be made both in individual and common practices and policies. How to implement evidence-based practices in workplaces could be further studied.

Language

Finnish

Pages 29

Appendices 3

Keywords

postoperative pain, assessment, pain management, nursing

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Kipu.....	6
2.1	Kipu ilmiönä	6
2.2	Kipu kokemuksena	9
3	Kivun arviointi	10
3.1	Kivun arvioinnin tärkeys kivun hoidossa	10
3.2	Kipumittarit.....	13
3.3	Potilasohjaus	15
3.4	Kipukäyttäytyminen.....	15
3.5	Hoidon vaikuttavuuden arviointi ja kirjaaminen	16
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä	18
5	Opinnäytetyön toteutus	18
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	18
5.2	Osastotunti, ohjaus ja opetus.....	19
5.3	Powerpoint-esitys	20
5.4	Osastotunnin suunnittelu	21
5.5	Osastotunnin toteutus.....	22
5.6	Osastotunnin palaute ja arviointi.....	23
6	Pohdinta.....	25
6.1	Tulosten tarkastelu	25
6.2	Toteutuksen ja menetelmien tarkastelu	26
6.3	Eettisyys ja luotettavuus	27
6.4	Ammatillinen kasvu ja kehitys	28
6.5	Jatkotutkimus- ja kehittämisideat	30
	Lähteet.....	31

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Osastotunnin Powerpoint-esitys
Liite 3	Osastotunnin palautelomake

1 Johdanto

Useat tutkimukset osoittavat, että postoperatiivisen kivun hoidossa on edelleen puutteita maailmanlaajuisesti. Yleisimpiä haasteita kivun hoidossa ovat puutteelliset, puuttuvat tai ristiriitaiset hoitokäytännöt sekä puutteelliset tiedot kivusta ja kivun hoidosta. (Ying Ge, Konstantatos, Cai Fang, Jia Ying, Ai Fen & Boyd 2016; Pogatzki-Zahn, Kutschar, Nestler & Osterbrink, 2015; Rafati, Soltaninejad, Aflatoonian & Mashayekhi, 2016; Mędrzycka-Dąbrowska, Dąbrowski, Basiński, Małecka-Dubiela, 2016; Medrzycka-Dabrowska, Dabrowski & Basinski, 2015.) Sairaanhoitaja on keskeisessä asemassa kivun hoidon prosessin toteuttamisessa, sillä tavoitteellinen kivun hoito edellyttää jatkuvaa seuranta. Prosessimallin mukaisesti potilaan hoidon tarpeen määrittelystä siirrytään kivun hoitoon ja hoidon vaikutusten seurantaan. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013.) Kivun arvioinnin lähtökohta on aina potilaan oma arvio, ja sen lisäksi arvioinnin apuvälineenä voi käyttää kipumittareita. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 83.) Muita kivun arviointia tukevia toimintoja ovat potilasohjaus, potilaan kipukäyttäytymisen tarkkailu sekä hoidon vaikuttavuuden arviointi ja kirjaaminen. (Salanterä ym. 2006, 91–92; Hoitotyön tutkimussäätiö 2013.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä tietoutta kivun arvioinnin tärkeydestä kivun hoitotyössä. Tavoitteena on kehittää sairaanhoitajien kivun arviointia. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa osastotunti postoperatiivisen kivun arvioinnista kirurgisella vuodeosastolla. Osastotunnin sisältö koostuu uusimmasta, näyttöön perustuvasta tutkimustiedosta. Osastotunnin laatimiseen käytetyt tutkimukset valikoituivat seuraavin kriteerein: tutkimukset ovat korkeintaan viisi vuotta vanhoja ja käsittelevät leikkauksen jälkeistä eli postoperatiivista kipua aikuispotilaissa, jotka kykenevät ilmaisemaan omaa kipuaan. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Pohjois-Karjalan keskussairaalan anestesiaosasto ja APS-tiimi (Acute Pain Service), jota edusti APS-hoitaja (liite 1). Opinnäytetyössä toimeksiantajaan viitattaessa tarkoitetaan APS-hoitajaa.

2 Kipu

2.1 Kipu ilmiönä

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (International Association for the Study of Pain) määritelmän mukaan ”Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosvaurioon tai jota kuvataan kudosvaurion käsittein”. Kipu on yksilöllinen, fysiologinen ilmiö sekä tunne- ja aistikokemus. (International Association for the Study of Pain 2016.) Hoitotieteessä kipu on määritelty siten, että kipu on mitä tahansa asiakas sanoo sen olevan ja kipua esiintyy silloin, kun ihminen sanoo sitä esiintyvän (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013). Kipu voidaan luokitella ajallisen keston mukaan joko akuutiksi tai krooniseksi kivuksi. Muita jakotapoja ovat muun muassa kivun sijainnin, kivun aiheuttajan ja elinsysteemin mukaan jaoteltu kipu. Näistä esimerkkejä ovat pääkipu, synnytyskipu ja somaattinen kipu. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 150.)

Kipuaistimukseen johtava tapahtumaketju alkaa, kun kipua aistivaan kudokseen kohdistetaan ärsyke, joka voisi aiheuttaa kudosvaurion. Tapahtumaketjussa on neljä vaihetta: transduktio, transmissio, modulaatio ja perseptio. Transduktiossa, nosiseptoreiden aktivoitumisessa, kudokseen kohdistuva ärsyke (mekaaninen, kemiallinen tai lämpöenergia) johtaa hermopäätteiden sähkökemialliseen aktivoitumiseen eli aktiopotentiaalin syntymiseen. Transmissiossa kipuviesti kulkee hermosoluja pitkin niihin keskushermoston osiin, joiden aktivoituminen johtaa kivun aistimiseen. Impulssit johdetaan ääreishermaa pitkin selkäyttimeen, josta kipuviesti välittyy aivoihin. Modulaatio tarkoittaa kivun muuntelua hermostossa. Keskushermoston inhibitoriset radat estävät kipua välittävien hermosolujen toimintaa selkäytimessä. Näitä ratoja voivat aktivoida erilaiset tekijät, kuten stressi tai morfiinin kaltaiset kipulääkkeet. Perseptiolla tarkoitetaan subjektiivista tunnetta, mikä aiheutuu kipua välittävien neuronien aktivoitumisesta. (Kalso ym. 2009, 76–77.)

Kipu vaikuttaa elimistön toimintaan sekä yksilön tunteisiin ja käytökseen (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 9). Pahimmillaan kipu aiheuttaa potilaalle henkistä kärsimystä (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 373).

Postoperatiivinen kipu määritellään kivun mekanismeihin perustuvan jaottelun mukaan nosiseptiiviseksi, kudосvaurion aiheuttamaksi kivuksi, joka on terveen kipuhermojärjestelmän reaktio kudосvaurioon (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013). Salanterän ja Danielsson-Ojalan (2011, 30) mukaan operatiivinen kipu on lääketieteellisen toimenpiteen, kuten leikkauksen, aiheuttamaa kipua. Postoperatiivinen kipu on siis leikkauksen jälkeistä kipua. Kalso ym. (2009, 278) lisäävät, että postoperatiivinen kipu on kestoaltaan yleensä rajoittunutta, joten se voidaan luokitella myös akuutiksi kivuksi. Akuutti kipu varoittaa kudосvauriosta, ja näin ollen sillä on elimistöä suojaava merkitys (Kalso ym. 2009, 105). Kova akuutti kipu voi johtaa kipusokkiin, joka aiheuttaa verenkierron ja hengityksen häiriön: verenpaine laskee kohoamisvaiheen jälkeen, syke on pinnallinen ja takykardinen, hengitys on pinnallista ja tiheää ja iho on perifeerisesti kylmä. Potilas voi olla sekava tai aggressiivinen, ja tajunnan taso voi olla heikentynyt. (Iivanainen & Syväoja 2012, 82.)

Kudосvaurion välittömästi aiheuttama nosiseptoreiden, eli kipureseptoreiden, aktivoituminen on nosiseptiivisen kivun syy. Kudосvaurion yhteydessä myös syntyy tai vapautuu tulehduksen välittäjäaineita, jotka aktivoivat nosiseptoreita. Kipu on siten selkeästi todennettavissa ja yleensä häviää, kun kudосvaurio paranee. Akuutteja kudосvauriokipuja ovat akuutit tuki- ja liikuntaelinperäiset kiputilat ja leikkauksen jälkeinen kipu (Salanterä ym. 2006, 35, 79).

Salanterä ja Danielsson-Ojala (2011, 30) kuvailevat leikkauksen jälkeistä haavakipua artikkelissaan. Akuutit, toimenpiteisiin liittyvät haavat aiheuttavat yleensä erittäin voimakasta kipua. Tätä kipua kannattaa hoitaa haavan paranemisen ja muun toipumisen edistämiseksi. Haavakipu sijaitsee haava-alueella tai sen välittömässä läheisyydessä, ja tämä kipu voidaan täsmällisemmin jaotella joko operatiiviseksi kivuksi, toimenpiteisiin liittyväksi kivuksi, liikekivuksi tai taustakivuksi.

Taustakipua koetaan haava-alueella levossa. Se on jatkuvaa tai ajoittaista ja usein lievää tai kohtalaista. Haavan syntymekanismi, paikalliset tekijät, kuten tulehdus tai kudoksen veren ja hapen puute, tai potilaan perussairaudet ovat yleensä taustakivun syy. Liikekipua esiintyy liikkeessa, yskiessä, istuessa tai kääntyillessä. Liikekipu on taustakipua voimakkaampaa. Toimenpidekipu voi liittyä haavan hoitoon. Haavan mekaaninen puhdistus tai kiinni tarttuneiden siteiden irroittelu ärsyttää hermopäätteitä, ja potilas aistii tämän kipuna. Operatiivinen kipu pyritään poistamaan toimenpiteen yhteydessä puudutuksella tai anestesialla. (Salanterä & Danielsson-Ojala 2011, 30.)

Haavakipu voi johtua joko suoraan tai epäsuorasti haavasta. Haavasta johtuvia syitä ovat esimerkiksi haavan koko ja sijainti, infektio tai kiristävät ompeleet. Haavasta epäsuorasti johtuvia syitä ovat haavan hoito, liikkeen aiheuttama kipu tai liian kireät sidokset. Haavakivun tunnistamisessa on oleellista erottaa haavakivun eri lajit, jotta kivun syy selviäisi. Jos potilas kuvaa kivun voimistumista noin tunti haavan hoitamisen jälkeen, voidaan epäillä, että kipu aiheutuu esimerkiksi haavanhoidossa käytetystä tuotteesta. (Salanterä & Danielsson-Ojala 2011, 30–31.)

Krooninen kipu on Kalson ym. (2009, 106) mukaan kipua, joka kestää pitempään kuin mitä kudoksen on odotettu paranevan, siis yli 3-6 kuukautta. Leikkauksen jälkeisen kivun kroonistumista, eli pitkittymistä, ennustavia tekijöitä ovat akuutin kudოსvaurion laajuus ja akuutin kivun voimakkuus, leikkauskomplikaatiot ja potilaan heikentyneet psyykkiset voimavarat ennen leikkausta. Neuropaattinen kipu on merkittävä tekijä kroonisen kivun kehittymisessä (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013).

Neuropaattinen kipu aiheutuu alun perin hermostoon kohdistuneesta kudოსvauriosta. Koska hermovaurio korjaantuu hitaasti ja epätäydellisesti tai ei lainkaan, seurauksena voi olla ääreishermoston tai keskushermoston muutoksia, jotka johtavat kipujärjestelmän toiminnan pitkäaikaisiin tai pysyviin muutoksiin. Vaurion voi aiheuttaa vamma tai jokin sairaus, kuten diabetes. Neuropaattisia kiputiloja voivat olla esimerkiksi amputaation jälkeiset aavesäryt tai kolmoishermostosärky. Neuropaattinen kipu on usein voimakasta ja

epämiellyttävää ja sitä kuvataan sähköttävänä, kihelmöivänä, polttavana tai pisteleivänä. Neuropaattiseen kipuun liittyy tuntuu muutoksia tai –puutoksia. (Salanterä ym. 2006, 36–37, 79–80.)

Viskeraalinen kipu on vatsa- ja rintaontelon elinten aiheuttamaa sisäelinperäistä kipua. Tyypillisiä piirteitä ovat aaltomaisuus, kivun heijastuminen, kivun epämääräinen paikantuminen sekä autonomiset oireet. Autonomisia oireita ovat hikoilu, kalpeus, pahoinvointi ja oksentelu sekä verenpaineen ja pulssin muutokset. Viskeraalinen kipu voi olla esimerkiksi sydänperäistä tai umpilisäkkeen tulehduksesta johtuvaa. (Salanterä ym. 2006, 80–81.)

Idiopaattinen kipu on vähintään kuusi kuukautta kestänyt kiputila, jossa potilaan kipuun ei löydy selkeää somaattista syytä tai todetut muutokset eivät ole järkevässä suhteessa koettuun kipuun. Vaikka kivun somaattista syytä ei löydetä, se voi silti olla olemassa. (Salanterä ym. 2006, 37, 81.)

2.2 Kipu kokemuksena

Kipukokemus voi vaihdella voimakkaasti potilaiden välillä. Arviolta 30–50 % potilaista kokee merkittävää huolta leikkauksen jälkeisestä kivusta, ja tämä huoli voi ennakoita kivuliasta potilasta. Jakamalla tietoa ennen leikkausta voi vähentää potilaan huolta ja lisätä hoitotyytyväisyyttä. (Hamunen & Kontinen. 2015. 1921.) Leikkausta edeltävät tunnetilat, kuten ahdistus, masennus, pelko ja jännittyneisyys, voivat lisätä postoperatiivisen kivun määrää ja kipulääkityksen tarvetta. Potilaan mielialaan voivat vaikuttaa esimerkiksi leikkaukseen liittyvät odotukset, kuten elämänlaadun parantuminen. (Kalso ym. 2009, 280–281.) Salanterä ym. (2006, 56–57) huomauttavat, että kipu ja pelko voivat sekoittua keskenään potilaan kokemuksessa. Elimellisten tapahtumien ja mielen vuorovaikutus laajentavat kivun hoitotyöhön käytettäviä mahdollisia menetelmiä (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013).

Geneettiset tekijät vaikuttavat kivun kokemiseen. Geenimutaatiot voivat ääritapauksessa johtaa täydelliseen kyvyttömyyteen aistia kipua. Elämänsä

aikana yksilölle kertyy kokemuksia kivusta sekä hänen ymmärryksensä lisääntyy (Salanterä ym. 2006, 59.) Kalson ym. (2009, 279) mukaan ikä sekä farmakokineettiset ja farmakodynaamiset tekijät voivat vaikuttaa kipulääkkeen tuottamaan vasteeseen. Muita yksilölliseen kipukokemukseen mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä ovat sukupuoli, koulutustaso, ympäristö ja aiemmat kipukokemukset (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013).

Eri leikkausten aiheuttamat kivut vaihtelevat kestollisesti, määrällisesti ja laadullisesti (Kalso ym. 2009, 281). Leikkauksiin liittyviä tekijöitä ovat leikkausalue, haavan koko ja leikkaustekniikka, anestesianuoto ja perioperatiivinen kivunhoito, potilaaseen liittyvät yksilölliset seikat sekä hoitoympäristö ja leikkausta edeltävä potilasohjaus (Salanterä ym. 2006, 20). Kipuun reagoivien hermojen, nosiseptoreiden, tiheys kudoksessa kertoo kipuherkkyydestä. Toimenpiteen kohteena olevan kudoksen kipuherkkyys ei kuitenkaan yksiselitteisesti määritä postoperatiivisen kivun voimakkuutta. (Kalso ym. 2009, 281.)

3 Kivun arviointi

3.1 Kivun arvioinnin tärkeys kivun hoidossa

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ohjaa terveydenhuollon ammattilaisia työssään. Tämän lain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Laki määrittää myös, että potilaalla on oikeus saada selkeästi ja ymmärrettävästi äidinkielellään tietoa voinnistaan ja hoidostaan. Potilaalle tulee siis kertoa myös kivusta, kivunhoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013).

Perioperatiivinen hoito tarkoittaa leikkausta edeltävää, leikkauksenaikaista ja leikkauksen jälkeistä toimintaa kirurgisen potilaan hoidossa. Perioperatiivinen

hoitotyö on näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Laaja-alaiset ja potilaskeskeiset hoitotyön toiminnot ulottuvat leikkausosastolta kirurgiselle vuodeosastolle, poliklinikalle ja potilaan kotiin. Kirurgisella vuodeosastolla hoitoon kuuluvat potilaan anestesian ja leikkauksen jälkeinen tarkkailu ja hoito sekä jatkohoidon koordinointi. Potilaan tilaa arvioidaan ja muutoksia verrataan leikkausta edeltävään ja leikkauksen aikaiseen vaiheeseen. (Lukkari ym. 2013, 11–12, 20, 22.) Postoperatiivisen kivun arviointi on osa perioperatiivista hoitoa.

Kivun hoitotyö etenee potilaan kivunhoidon tarpeen määrittelystä kivun hoidon toteuttamiseen ja sen arviointiin. Prosessiajattelu jäsentää kivun hoitotyön vaiheet ja tekee hoidosta harkittua ja tietoista toimintaa. Käytännössä prosessin eri vaiheet menevät päällekkäin, sillä jatkuvan kivunhoidon arvioinnin perusteella hoitosuunnitelmaa voidaan tarkistaa säännöllisesti tavoitteen saavuttamiseksi. Kivunhoidon prosessia toteuttaa keskeisesti sairaanhoitaja. Jatkuva hoidon seuranta on edellytys tavoitteelliselle kivun hoitotyölle. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013.) Hoidon tavoite leikkauksen jälkeisessä kivussa on, ettei kipu haittaa nukkumista, syömistä tai liikkumista. Numeerisella asteikolla 0-10 tavoite on 3-4. (Salanterä ym. 2006, 103.)

Hamusen ja Kontisen (2015, 1921) mukaan puhumaan kykenevän potilaan kohdalla käytetään potilaan omaa sanallista arvioita, ei koskaan ulkopuolista arviota. Kivun arviointi voi olla epäluotettavaa, jos potilaan oma arvioita ei oteta huomioon, sillä sairaanhoitajien kivun arvioinnin taidoissa on vaihtelua sekä tulkinnat kivusta voivat vaihdella sairaanhoitajien välillä (Chatchumni ym. 2016). Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suositus ohjeistaa, että kipua arvoidessa potilaalta kysytään kivun laatua ja sijaintia sekä havainnoidaan potilaan kipukäyttäytymistä (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013). Pohjois-Karjalan keskussairaalan kivun voimakkuuden ja kivun hoidon arvioinnin työohje tarkentaa, että selvitetään myös kivun voimakkuus sekä ajallisuus (milloin kipu on alkanut ja mikä sitä helpottaa tai pahentaa) ja seurataan kliinistä hoitovastetta. Edellä mainitussa työohjeessa kehoitetaan myös seuraamaan elintoimintojen monitoritietoja. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016.)

Kivun arvioinnissa on oleellista, että kivun syy pyritään löytämään. Kivulle ei aina löydy syytä, mutta kipua tulee silti arvioida. Kipua tulee arvioida säännöllisin väliajoin, riippuen kivun syystä, potilaan voinnista ja hoidosta. Koska kivun kokeminen on yksilöllistä, potilaan kipua tulee verrata aina vain hänen aikaisempiin kipukokemuksiinsa, ei toisten kipuun (Salanterä ym. 2006, 75, 84). Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suositus viittaa tutkimukseen, joiden mukaan hoitajat aliarvioivat potilaan kivun voimakkuutta ja kipu on ollut potilaan arvion mukaan voimakkaampaa hoitajan arvioon verrattuna. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013.)

Sairaanhoitajien asenteita, tietoja ja taitoja kivun arvioinnissa on tutkittu useissa tutkimuksissa. Näissä kansainvälisissä tutkimuksissa on pyritty kartoittamaan kivun hoitotyön ongelmakohtia, tavoitteena kehittää puutteellista kivun hoitoa. Kivun hoidon puutteet voivat alkaa jo siitä, että kivun arviointia ei pidetä tarpeeksi tärkeänä (Ying Ge ym. 2013, 1473; Mędrzycka-Dąbrowska ym. 2016, 143). Muita, useissa tutkimuksissa todettuja kivun hoitotyön ongelmia ovat selkeiden ja yhtenäisten kivunhoidon käytäntöjen puute sekä puutteelliset tiedot kivusta, kivun hoidosta ja kivun arvioinnista (Ying Ge ym. 2013, 1468-1476). Ying Ge ym. (2013, 1468-1476) löysivät merkittävän tilastollisen yhteyden lisäkoulutuksen ja positiivisten asenteiden välillä, mutta tutkimuksessa ei löytynyt yhteyttä lisäkoulutuksen ja tehostuneen kivun arvioinnin välillä. Tutkijat pohtivat lopuksi, että lisäkoulutus ei yksinään riitä tehostamaan kivun arviointia, vaan työelämässä tarvitaan selkeät hoitokäytännöt, joiden toteutumisesta seurataan tarkasti. Chatchumni, Namvongprom, Eriksson & Mazaheri (2016) havaitsivat tutkimuksessaan, että sairaanhoitajan suorittama säännöllinen kivun arviointi ei tehosta kivun hoitoa, mikäli arviointia ei tehdä potilaslähtöisesti vaan pelkästään rutiinin vuoksi.

Tutkimuksissa on myös huomioitu että kivun hoitotyö on moniammatillista hoitotyötä. Sairaanhoitajat mainitsevat yhteistyön puutteen yhtenä kivun hoidon ja arvioinnin haasteena. Kivun arviointi hankaloituu, jos sairaanhoitajat eivät jaa tietojaan ja taitojaan toistensa kanssa, tai jos heitä ei koeta tasavertaiseksi lääkäreiden kanssa. (Mędrzycka-Dąbrowska ym. 2015; Mędrzycka-Dąbrowska ym. 2016; Chatchumni ym. 2016.)

Kivun voimakkuutta tulee arvioida sekä levossa että liikkeessä. Potilas voi olla levossa kivuton, mutta kokea kipua liikkeissä, kuten syvään hengittäessä tai vuoteesta noustessa. (Hamunen & Kontinen 2015, 1922.) Arvioinnissa käytettävien liikkeiden tulee olla leikkauksen kannalta oleellisia, esimerkiksi yskiminen torakotomian jälkeen (Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta 2012, 119).

Kivun laadun arviointi on tärkeää, sillä laatusanojen avulla voidaan joskus löytää kivun syy. Tylpäksi tai jomottavaksi kuvattu kipu on erilaista kuin teräväksi tai polttavaksi kuvattu kipu. (Salanterä ym. 2006, 89.) Iivanainen & Syväoja (2012, 79) mainitsevat esimerkkejä laatusanojen käytöstä erilaisten kiputilojen yhteydessä, kuten sydämen verenkierto-ongelma (puristava kipu), paikallinen tulehdus (jomottava tai tykyttävä kipu) ja suolilama (aaltoileva kipu).

Leikkauksen jälkeisen kivun hoidon tavoite tulevaisuudessa on tunnistaa voimakkaalle leikkauksenjälkeiselle tai kivun kroonistumiselle alttiit potilaat jo ennen leikkausta ja laatia heille potilaskohtaisesti yksilöllinen, tutkimusnäyttöön perustuva kivunhoidon suunnitelma (Hamunen & Kontinen 2015, 1921).

3.2 Kipumittarit

Kipua voidaan arvioida sanallisesti tai mittarien avulla (Salanterä ym. 2006, 83). Salanterä ym. (2006, 83) ehdottavat, että kivun arvioinnin voi aloittaa kysymällä, onko kipua vai ei, jonka jälkeen seuraavaksi tarkin mittari on järjestyslukuasteikko. Mikäli potilas ei kykene kommunikoimaan, hänen kipuaan arvioidaan havainnoimalla potilaan kipukäyttäytymistä (Hoitotyön tutkimuslaitos 2013).

Kipumittari on ensisijaisesti potilaan itse valitsema. Tieto kipumittarista kirjataan potilasasiakirjoihin, ja samaa kipumittaria tulee käyttää koko hoitojakson ajan. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013.) Kipumittarin käyttö tulee myös opettaa potilaalle, jotta hän osaa arvioida sen avulla kipuaan ja saadun kipulääkityksen vaikutusta (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-

Tallqvist 2013, 110). Aziato, Dedey, Marfo, Asamani ja Clegg-Lampthey (2015) kuvaavat kipumittareita tutkimuksessaan seuraavasti: kipumittareilla subjektiivisesta kokemuksesta saadaan objektiivinen termi. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaan yksilöllisestä kipukokemuksesta saadaan objektiivinen määre, joka vähentää tulkinnanvaraisuutta kivun arvioinnissa. Kun standardoituja kipumittareita ei käytetä, kivun arviointi jää hoitajan oman tulkinnan varaan, mikä lisää arvion epäluotettavuutta (Chatchumni ym. 2016).

NRS (Numerical Rating Scale) on numeerinen kipumittari. Mittari on asteikoltaan yleensä 0-10 tai 0-100, jossa 0 tarkoittaa ei lainkaan kipua ja 10 tai 100 pahinta mahdollista kipua. (Salanterä ym 2006, 85.)

VAS (Visual Analogue Scale) on kymmenen senttimetriä pitkä kipujana tai kipukiila. Janan toinen pää kuvaa kivuttomuutta ja toinen sietämätöntä kipua. (Salanterä ym. 2006, 83-84.) Potilas merkitsee kipujanalle kohdan, joka vastaa hänen senhetkisen kipunsa voimakkuutta (Ahonen ym. 2013, 110).

VRS (Verbal Rating Scale) on sanallinen kipuasteikko, jossa kipua kuvaavat vaihtoehdot ovat ei kipua – lievä kipu – kohtalainen kipu – kova kipu – sietämätön kipu (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016). Sanallista kipuasteikkoa voidaan myös kutsua nimellä VDS, Verbal Descriptor Scale (Hoitotyön tutkimuslaitos 2013).

PAINAD (Pain assessment in Advanced Dementia) sisältää viisi luokkaa, joiden perusteella kipua arvioidaan: kasvojen ilmeet, ääntely, hengitys, kehon kieli ja lohdutuksen tarve. Mittari on helppokäyttöinen, lyhyt ja herkkä mittaamaan muutoksia kivun voimakkuudessa. (Hoitotyön tutkimuslaitos 2013.) Pohjois-Karjalan keskussairaalan kivun voimakkuuden ja kivun hoidon arvioinnin työohjeen mukaan mittarin asteikot ovat 0 = normaali, 1 = lievästi poikkeava, 2 = selvästi poikkeava. Kipua arvioidaan viiden minuutin aikana. Viiden havaintoluokan kipupisteet lasketaan yhteen, jolloin kivulle saadaan yksi numeroarvo 0-10.

FPS (Faces Pain Scale) on kipukasvomittari, joka sopii käytettäväksi esimerkiksi iäkkäiden kivun voimakkuuden arvioinnissa (Hoitotyön tutkimuslaitos 2013).

3.3 Potilasohjaus

Potilasohjauksen tavoitteena on tarjota potilaalle riittävästi tietoa omasta kivustaan, siihen vaikuttavista tekijöistä sekä hoidoista ja hoitomenetelmistä, jotta potilas kykenee tekemään omaan hoitoonsa liittyviä päätöksiä ja kokee hallitsevansa tilannettaan. Ohjauksen lähtökohtana ovat potilaan tarpeet ja hänen tapansa ymmärtää ja oppia. Potilaalle tulee kertoa, mistä hän voi saada lisää tietoa, ja mahdollisista vertaistukiryhmistä. Potilaan lisäksi hänen läheisensä tarvitsevat tietoa kivusta ja sen hoidosta. Potilaan kipu voi liittyä ennalta suunnittele mattomaan elämäntilanteeseen, kuten onnettomuuteen tai vakavaan sairauteen. Tällöin ohjauksen merkitys kivunhoidossa korostuu, ja ohjauksessa tulee huomioida potilaan stressireaktio ja kriisin vaikutukset tiedon ymmärtämiseen ja käsittelyyn. (Salanterä ym. 2006, 91–92.)

Tietoa tulee välittää sekä suullisesti että kirjallisesti. Tietoa ei kannata antaa liikaa yhdellä kerralla, ja ohjauksen ajankohdan tulee sopia potilaalle. Tietämättömyys vaikuttaa kivun hoitoon. Potilaalla voi olla virheellisiä käsityksiä kipulääkitykseen liittyvistä asioista, tai hän voi ajatella, ettei kivusta tarvitse kertoa. (Salanterä ym. 2006, 91–92.) Laadukas potilasohjaus parantaa kivun hoidon laatua, lisää tyytyväisyyttä kivun hoitoon, vähentää kipuun liittyvää pelkoa ja ahdistusta, parantaa hoitoon sitoutumista ja edistää paranemista (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013).

3.4 Kipukäyttäytyminen

Ihminen ilmaisee itseään kielellisesti (puhe, kirjoitus), ilmeillä ja eleillä. Akuutin kivun yhteydessä voi ilmetä kipeän paikan suojaamista kädellä, koskettamista, erilaisia äännähtelyjä tai kasvojen ilmeitä. Kehon liikkeet, kuten levottomuus,

hitaat tai jäykät liikkeet tai jännittynyt vartalo voivat kertoa kivusta. Kipua kokeva voi olla myös reagoimaton. (Salanterä ym. 2006, 59, 77–78.) Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suositus kuvaa lisäksi muuta kipua ilmentävää käyttäytymistä, jota voi olla valittaminen, pelko, unihäiriöt, välttämiskäyttäytyminen, ärtyneisyys, sydämen sykkeen nousu, ruokahaluttomuus, oireiden tarkkailu, vetäytyminen, epätavallinen asento, verenpaineen nousu ja hengitystoiminnan muutos (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013). Ying Ge, ym. (2013, 1468–1476) havaitsivat tutkimuksessaan, että kivun arviointi vaikeutuu, jos potilaan kivun itsearviointiin ja käyttäytymisen välillä on ristiriita. Tästä voitaneen päätellä, että kipukäyttäytymisen ja kivun elintoimintoihin aiheuttamien muutosten tunnistaminen ovat oleellisia taitoja sairaanhoitajalla, vaikka kivun arvioinnin lähtökohta onkin aina potilaan oma arvio.

Kaikki potilaat eivät välttämättä halua kertoa kokevansa kipua (Salanterä ym. 2006, 8). Potilaan kulttuuri, kieli, uskonto, sosiaalinen luokka tai etninen alkuperä voi vaikuttaa siihen, miten potilas kipuaan ilmaisee. Nämä tekijät eivät kuitenkaan saa vaikuttaa potilaan kivun hoitoon tai hoidon laatuun. (Pöyhiä & Niemi-Murola 2011, 21–23.) Kipukäyttäytyminen voi voimistaa tai vähentää kipua. Potilasta voidaan ohjata tiedostamaan omaa käytöstään kivun ilmetessä, jolloin itsearviointi voi toimia kivunlievitysmenetelmänä (Salanterä ym. 2006, 78).

3.5 Hoidon vaikuttavuuden arviointi ja kirjaaminen

Hoidon vaikutusten arviointi on yhtä oleellista kuin kivun tunnistaminen ja hoito. Kivun voimakkuuden lievittymistä seurataan samalla mittarilla, jolla kipua on arvioitu ennen hoitojen aloittamista. Kivun sijaintia, laatua, kestoa ja hoidon mahdollisia haittavaikutuksia tulee seurata hoitojen jälkeen. Kivun hoidon vaikutuksia arvioidaan vähintään kerran työvuorossa sekä levossa että liikkeessä ja aina 20 minuutin kuluttua lääkkeen annosta. Hoidon onnistumista verrataan asetettuihin tavoitteisiin. (Salanterä ym. 2006, 101, 103.) Potilaan mielipide voinnistaan kertoo siitä, miten kivun hoidon tavoite on saavutettu. Potilaat eivät aina kerro oma-aloitteisesti kivustaan tai lääkityksen haittavaikutuksista, joten

potilaan kivun ja lääkkeiden haittavaikutusten säännöllinen ja aktiivinen seuranta on tärkeää. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013). Muiden kuin lääkehoitojen tehoa ja haittavaikutuksia tulee myös seurata ja kirjata (Salanterä ym. 2006, 101).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa hoitotyöntekijöitä potilasasiakirjojen laatimiseen, säilyttämiseen ja salassapitoon. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä sosiaali- ja terveysministerion asetus potilasasiakirjoista (298/2009) tarkentavat, että potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Merkinnät tehdään viivytyksettä, ja ne ovat selkeitä ja helposti ymmärrettävissä ja niissä on käytetty vain yleisesti tunnettuja käsitteitä ja lyhenteitä.

Suomen Anestesiologiyhdistys yhdessä Suomen kivuntutkimusyhdistyksen kanssa on antanut suosituksen vähimmäisvaatimuksista, jotka tulee huomioida kivusta ja kivun hoidosta kirjattaessa: kivun voimakkuus vahvistetulla (validoitu)mittarilla mitattuna, käytetty kivun hoitomenetelmä ja kivun hoidon haittavaikutukset. Kirjaamisen vähimmäisvaatimukset koskevat jokaista kivun hoitoa saavaa potilasta, ja vähimmäisvaatimusten on täyttyttävä potilaan hoitoketjun jokaisessa kohdassa. Kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen ovat hyvän kivun hoidon perusta. Kivun hoitoon osallistuvien hoitajien on saatava riittävä koulutus kivun mittaamisesta ja kirjaamisesta potilastietojärjestelmään. (Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta 2012, 119.) Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suosituksessa viitataan useampaan tutkimukseen, joissa havaittiin, että kivunhoidon kirjaaminen on ollut puutteellista ja epäsäännöllistä. Kivusta kirjaamisen haasteita voivat olla kirjaamisen työläys, kiire työssä, vajaat lomakkeet, kirjaamisen epäsäännöllisyys, potilaan oman arvion huomiotta jättäminen ja rauhallisen tilan puute (Ying ym. 2013; Chatchumni ym. 2016; Rafati ym. 2016; Mędrzycka-Dąbrowska ym. 2016).

Hoidon jatkuvuudesta voidaan puhua vasta, kun kivusta ja sen luonteesta, hoidosta ja hoitojen vaikuttavuudesta on kirjattu potilasasiakirjoihin. Yksilöllisen kivun hoidon toteuttaminen ei onnistu ilman kirjaamista, sillä silloin tieto hoidon

vaikuttavuudesta jää yksittäisille hoitajille. Kirjaaminen on tärkeää myös potilasturvallisuuden, potilaan ja hoitohenkilökunnan oikeusturvan sekä hoidon laadun kehittämisen kannalta. Kirjatessa tulee keskittyä vain olennaiseen; mikäli potilaalla ei esimerkiksi ilmene haittavaikutuksia hoidosta, on niiden säännöllinen seuranta ja kirjaaminen tarpeetonta. Leikkauksen jälkeisen kivun kannalta on keskeistä kirjata kivun voimakkuus, laatu ja sijainti. (Salanterä ym. 2006, 101–103.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoitus on lisätä tietoutta kivun arvioinnin tärkeydestä kivun hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää sairaanhoitajien kivun arviointia. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa osastotunti postoperatiivisen kivun arvioinnista.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Pohjois-Karjalan keskussairaalan anestesiaosasto ja APS-tiimi (Acute Pain Service), jota edusti APS-hoitaja (liite 1). Opinnäytetyössä toimeksiantajaan viitattaessa tarkoitetaan APS-hoitajaa.

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö pyrkii ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan opastamiseen, ohjeistamiseen, toiminnan järjestämiseen tai järjeistämiseen. Tuotos voi olla ammatilliseen käyttöön suunnattu ohjeistus tai opastus tai tapahtuman toteuttaminen. Tuotokselta edellytetään käytännönläheisyyttä ja työelämälähtöisyyttä. Ammattikorkeakoulun toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää yhdistää käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän avulla.

Opinnäytetyössä tulisi osoittaa tutkimuksellista asennetta sekä alan tietojen ja taitojen hallintaa riittävällä tasolla. On suositeltavaa, että opinnäytetyölle löytyy toimeksiantaja. Toimeksiannetun opinnäytetyön avulla voi herättää työelämän kiinnostusta sekä näyttää omaa osaamista. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu tietoperusta, mutta tutkimuskysymystä tai -ongelmaa ei esitetä, ellei ole tarkoitus tehdä selvitystä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10, 16, 30.)

Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on, että hoitokäytännöt ja toimintatavat perustuvat parhaaseen ajan tasalla olevaan tietoon. Ajantasainen tieto lisää hoitotyön vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Tiedon arviointi ja käyttäminen hoitotyössä voivat tukea ja vahvistaa vallitsevaa käytäntöä tai edistää muutosta ja luoda kehittyneempiä toimintatapoja. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 9, 12.)

5.2 Osastotunti, ohjaus ja opetus

Nopeasti muuttuvassa maailmassa on tärkeämpää ymmärtää asiat kuin opetella ne ulkoa. Oppimiselle on oleellista, miten tietoa tarjotaan ja kuinka oppija sen ymmärtää. Eri käsitteille voidaan saavuttaa yhteinen merkitys sosiaalisen vuorovaikutuksen ja kielellistämisen kautta. Ymmärtämisen kannalta on tärkeää puhua asioista ääneen yhdessä, oppia tiiminä. Oppiva organisaatio oppii, arvioi ja kehittää toimintaansa ja tiimi on sen keskeinen osa. (Helakorpi, Aarnio & Majuri 2010, 11, 13, 24.)

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus oli tuottaa osastotunti postoperatiivisen kivun arvioinnista kirurgisella vuodeosastolla. Osastotunti, työntekijöiden kokous, on yleinen käytäntö hoitoalalla. Osastotunti voi sisältää koulutusta tai sillä voidaan käydä läpi yhteisiä osaston asioita. Helakorven ym. (2010, 125) mukaan oppimisympäristö on tila, paikka, yhteisö tai toimintakäytäntö, jonka tarkoitus on edistää oppimista. Oppimisympäristön käsitteeseen liitetään ajatus aktiivisesta oppimisesta, oppimisen kokonaisvaltaisuudesta ja vuorovaikutuksessa oppimisesta.

Uuden oppimisen kokemus lisää palkitsevuutta työelämässä. Oppiminen voi tapahtua myös työyhteisönä, uusia tapoja voidaan luoda kun suunnitellaan ja kokeillaan asioita yhdessä. Kehittämisosaaaminen on taito, jonka avulla osataan toimia ja tehdä innovatiivisia, uusia ratkaisuja. Jaettu osaaminen lisää työssä viihtymistä. (Työterveyslaitos, 2011.)

Ammatillisella puhe-esityksellä on aina tietty tarkoitus, kuten keskustelun herättäminen tai tiedon välittäminen. Esityksessä keskeisintä on asia, joka esiintyjällä on sanottavaan. Esityksen teknisiä havainnollistamiskeinoja ovat muun muassa videotykin avulla esitettävä esitysgrafiikka, piirrokset ja näytteet. Teknisissä havainnollistamiskeinoissa muutama tehokas kuva tai dia riittää, loputon dianäytös väsyttää kuulijat. Tekstidioissa on suositeltavaa käyttää avainsanoja, ei virkkeitä. Esityksen visuaalinen ilme ei saa viedä huomiota esityksen sisällöltä. (Roivas & Karjalainen 2013, 15–16, 18.)

Puheviestintätilanteissa sanaton viestintä korostuu. Puhuja viestittää pukeutumisella, ryhdillä, liikkeillä, tilankäytöllä, äänellä, äänensävyllä, puhetyylillä, katseilla ja ilmeillä. Vakuuttavan esityksen voi rakentaa käyttämällä niin sanottuja lähelle tulemisen viestejä. Näitä ovat kuulijoihin päin astuminen, hymyilevä katsekontakti, käsien ja kehon avoin asento sekä innostunut ja vaihteleva puhetapa. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen tulee pyrkiä ristiriidattomaan viestintään, jossa sanaton ja sanallinen viesti tukevat toisiaan. (Roivas & Karjalainen 2013, 19-21.)

5.3 Powerpoint-esitys

Powerpoint-esitys on hyvä pitää yksinkertaisena. Yhdessä diassa kannattaa olla vain yksi viesti tai teema. Jos teemoja on useampia, ne voidaan jakaa useammalle eri dialle. Viesti kerrotaan dioissa tiiviisti, runsasta tekstimäärää kannattaa välttää. Visuaalisten elementtien tulee tukea esityksen sisältöä: grafiikan ja kuvien käyttö voi vahvistaa oppimiskokemusta tai olla oppimista häiritsevä elementti. Esityksen ulkonäkö pysyy yhtenäisenä, kun valittu fontti, värit ja grafiikat ovat samanlaisia joka diassa. Fonttia ja ulkonäköä miettiessä voi

pohtia, onko esityksen aihe vakava vai rennomp. Esityksellä tulee olla selkeä alku ja loppu. (Dartmouth Biomedical Libraries 2016.)

Esitystä suunnitellessa mietitään kohdeyleisöä: mitä he tietävät aiheesta, mitä esityksellä halutaan heille kertoa, ja missä olosuhteissa esitys pidetään. Tekstiä lisätään dioihin niukasti ja käytetään sekä isoja että pieniä kirjaimia. Erilaisia värejä kannattaa olla enintään viisi. Väriteemaa valitessa voi miettiä minkälaista vaikutusta väreillä haetaan. Sininen kertoo vakavuudesta, harmaa laadusta, vihreä rentoudesta, valkoinen vilpittömyydestä, ja punainen, oranssi ja keltainen herättävät huomion nopeasti. Esityksen asiasisältöä voi havainnollistaa yleisölle valokuvilla. (Dartmouth Biomedical Libraries. 2016.)

5.4 Osastotunnin suunnittelu

Opinnäytetyön aihe valittiin ammatillisen kiinnostuksen mukaan sekä siksi, että toimeksianto mahdollisti yhteistyön työelämässä olevien sairaanhoitajien kanssa. Kivun arviointi on olennainen osa sairaanhoitajan työtä, joten opinnäytetyössä haluttiin syventyä aiheeseen ja näin ollen laajentaa ammatillista osaamista. Toimeksiantaja kertoi, että tarve toimeksiannolle syntyi siitä, että Pohjois-Karjalan keskussairaalassa ei enää ole käytössä konkreettisia ”mittatikkuja” (esimerkiksi kipujana tai kipukiila), joilla kipua arvioidaan. Aikaisemmin näitä ”mittatikkuja” saatiin lääkeyhtiöiltä, mutta mittareissa olevat kipulääkemainokset koettiin eettisesti kyseenalaiseksi. Konkreettisten kivun mittavälineiden puuttuessa toimeksiantaja halusi osastotunnin tarjoavan sairaanhoitajille myös muita keinoja arvioida potilaan postoperatiivista kipua. Koska kivun arviointi ei ole aiheena uusi, haluttiin esitykseen uutta näkökulmaa uusimmista, näyttöön perustuvista tutkimuksista. Opinnäytetyön aiheena oli postoperatiivisen kivun arviointi, toimeksiantajana toimi Pohjois-Karjalan keskussairaalan anestesiaosasto ja APS-tiimi (Acute Pain Service), jota edusti APS-hoitaja (liite 1). Opinnäytetyössä toimeksiantajaan viitattaessa tarkoitetaan APS-hoitajaa.

Alun perin aiheena oli kipumittarit, mutta keskusteltuaan keskussairaalan kipupoliklinikan hoitajien kanssa toimeksiantaja ehdotti laajempaa kehystä

opinnäytetyölle. Aiheeksi valikoitui postoperatiivisen kivun arviointi, jotta aihe ei laajene liaksi. Opinnäytetyöhön ei sisällytetty lapsia tai potilaita, joiden tajunnantaso on alentunut tai kognitiiviset kyvyt ovat heikentyneet. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää sairaanhoitajien kivun arviointia. Keskussairaalassa virallisesti käytettävät NRS- ja VRS- kipumittarit tulisi sisällyttää opinnäytetyöhön. Ohjaustunnin avulla haluttiin lisätä sairaanhoitajien valmiuksia kivun arviointiin, myös ilman kipumittareita. Lisäksi toimeksiantaja toivoi, että esityksessä painotettaisiin kivun arvioinnin tärkeyttä jokapäiväisessä hoitotyössä.

Esitystavaksi ehdotettiin Powerpoint-esitystä, jonka toimeksiantaja hyväksyi. Osastotunnille varattiin aikaa yksi tunti, josta esitykseen kuluisi toimeksiantajan toiveesta 30 minuuttia, sisältäen lopuksi kymmenen minuutin yhteisen keskusteluosuuden aiheesta. Esityksestä (liite 2) oli tehtävä napakka, joten sisältöä suunnitellessa päädyttiin sisällyttämään kivun fysiologiaa ja luonnetta niukemmin, ja keskityttiin kivun arviointiin. Opinnäytetyön teoriaosioista valittiin esitykseen keskeisimmät huomiot postoperatiivisen kivun arvioinnista sairaanhoitajan näkökulmasta. Esityksen lisäksi osallistujilta pyydettiin kirjallista palautetta kyselylomakkeella (liite 3). Palautelomakkeen kysymyksiä laatiessa pohdittiin, mitä palautetta olisi oleellista saada opinnäytetyön tavoitetta ajatellen. Esitystä varten tehtiin pieniä muistilappuja, jotta esitys on mahdollisimman luontevaa ja kontakti yleisöön säilyy. Esitystä myös harjoiteltiin useamman kerran, jotta puhujan ei tarvitse lukea kaikkea muistilapuilta tai dioilta. Esityksen kesto mitattiin harjoittelun yhteydessä, jotta osastotunnille varattu aika ei ylitä. Osastotunnille alun perin varattuun esitystilaan käytiin tutustumassa viikkoa ennen esitystä.

5.5 Osastotunnin toteutus

Osastotunti toteutettiin 7.9.2016 klo 14 Pohjois-Karjalan keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla 2G. Esityksen valmistelu aloitettiin klo 13.30 sovitussa esitystilassa. Klo 13.45 selvisi, että videotykki ei ollutkaan käytettävissä Powerpoint-esitystä varten, joten esitystila vaihdettiin osastonhoitajan avustuksella henkilökunnan taukokuoneesta neuvotteluhuoneeseen, jossa

esityksen pystyi esittämään suunnitellulla tavalla. Esitykseen osallistui kahdeksan sairaanhoitajaa, joihin kuului toimeksiantaja, osastonhoitaja ja opiskelija.

Esitys viivästyi 15 minuuttia esitystilan vaihtamisen vuoksi. Opinnäytetyön tekijä esitteli itsensä ja pohjusti esityksen aihetta. Esityksessä käytiin läpi, mitä postoperatiivinen kipu on, minkälaista on ihanteellinen kivun arviointi, miksi ja miten kipua arvioidaan ja millaisia haasteita kivun hoidossa ja arvioinnissa on uusimpien tutkimusten mukaan (liite 2). Itse esitys kesti sovitus 20 minuuttia, jonka jälkeen käytiin yhdessä keskustelua aiheesta noin kymmenen minuuttia. Keskustellessa sairaanhoitajat kertoivat omia kokemuksiaan kivun hoidon ja arvioinnin haasteista sekä kommentoivat esityksessä esiin tulleita asioita. Keskustelun aikana sairaanhoitajia myös pyydettiin täyttämään kirjallinen palautelomake esityksestä. Esitys pysyi alun viivästyksestä huolimatta suunnitellussa aikataulussa.

5.6 Osastotunnin palaute ja arviointi

Osallistujilta pyydettiin kirjallista palautetta esityksen päätteeksi. Kaikki kahdeksan osallistujaa vastasivat kirjalliseen kyselyyn. Kirjallista palautetta purkaessa kävi ilmi, että jokainen osallistuja koki osastotunnin hyödylliseksi. Osastotunnin aihe koettiin tärkeäksi, ja osallistujat kokivat tuttujenkin asioiden kertaamisen hyväksi. Esitys tarjosi heille uutta näkökulmaa ja uutta tietoa aiheesta. Esitys vastasi osallistujien odotuksia: sisältö kuvailtiin selkeäksi ja hyvin rajatuksi kokonaisuudeksi, itse esitys napakaksi ja kattavaksi. Jokainen osallistuja ilmaisi halukkuutta osallistua vastaavanlaiseen tilaisuuteen uudestaan. Lomakkeessa kysyttiin, mitä osallistujat vievät osastotunnilta mukaansa työelämäänsä, ja vastauksissa mainittiin seuraavia asioita: kivun arvioinnin tehostaminen, potilaan osallistaminen, asteikkojen hyödyntäminen ja potilaan huomioiminen. ”Vapaan sanan” osiossa pohdittiin, että työelämässä on vielä parantamista, esimerkkinä käytettiin hoitajien välistä keskustelua. Esitettiin myös, että osastotunnin voisi esittää uudelleen opiskelijoille tai työelämässä oleville. Palautteessa mainittiin myös, että esittäjä vaikutti hyvin asiaan perehtyneeltä.

"Vahvistaa itse havaittuja hyviä kokemuksia ja toi lisää motivaatiota miettiä parannuskeinoja yleisestikin kivunhoitoon."

"Esitystapa ja aiheen esittely uudesta näkökulmasta antaa uusia ajatuksia."

"Olen opiskelija ja juuri kivunhoidosta kaipasin lisää tietoa."

"Hyvää asioiden kertausta ja uuttakin tietoa."

"Hyvä ja kattava esitys! Tärkeä aihe, paljon on työelämässä petrattavaa."

Kirjallisen palautteen lisäksi esityksen päätteeksi käytiin yhteistä keskustelua aiheesta. Hoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että potilaan osallistaminen ja potilaan vastuu omasta hoidostaan on tärkeää. Hankalaksi koettiin se, kun hoitajilta odotetaan "ajatusten lukua", eli potilas olettaa hoitotyön ammattilaisten tunnistavan kivuliaan potilaan ilman, että hän itse ilmaisee kipua. Toisaalta hoitajat kertoivat, että joistakin potilaista huomaa heti, että he tulevat olemaan kivuliaita ja tämä helpottaa ennakointia kivun hoidossa. Keskustellessa hoitajat kertoivat työelämän kokemuksia kivun hoidosta, ja todettiin, että kehitystä on tapahtunut. Kivun hoidon haasteista puhuttaessa pohdittiin opioidien "arkaa" käyttöä, jolla tarkoitetaan puutteellista kivunhoitoa esimerkiksi kuolevan potilaan kohdalla, koska pelätään opioidien aiheuttamaa riippuvuutta. Maltillisen kipulääkityksen käytön osasyiksi arveltiin "kovin kipeitä" potilaita, joiden puheet ja käytös kipua arvioidessa ovat ristiriidassa, joka herättää epäilyä lääkkeiden väärinkäytöstä ja riippuvuudesta.

Hoitajat olivat työssään huomanneet, että osalla kipupotilaista kipua voi helpottaa jo pelkällä läsnäololla. Potilaat kaipaavat kipeänä huomiota ja puhekumppania, ja tämä on tärkeää muistaa yhtenä kivun hoidon ei-lääkkeettömänä keinona. Valitettavasti ei-lääkkeettömät keinot vaativat usein aikaa, jota hoitajille ei aina riittävästi ole.

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Kirjallisen palautteen ja yhteisen keskustelun pohjalta voidaan päätellä, että opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite täyttyivät osastotunnin osalta. Osastotunnin sisältö kertasi tuttua ja tarjosi uutta tietoa sekä muistutti siitä, kuinka tärkeää kivun arviointi on osana kivun hoitoa. Osastotunti herätti ajatuksia ja keskustelua myös kivun hoidosta kokonaisuutena.

Osastotunnin palautteen tarkastelu antaa viitteitä siitä, että jo opitun tiedon kertaaminen työelämässä on arvokasta. Kertaaminen palauttaa mieleen, miksi työtä tehdään ja millainen merkitys työmenetelmillä on lopputuloksen kannalta, tässä tapauksessa potilaan elämänlaadun parantaminen ja kuntoutumisen edistäminen. Palautteen määrä on kuitenkin melko pieni, ja näin ollen tulokset ovat luotettavuuden kannalta vain suuntaa antavia. Kahden tai useamman osastotunnin pitäminen, joko samalla tai muilla osastoilla, olisi antanut laajemman kuvan osastotunnin tarpeellisuudesta ja mahdollisesti tarjonnut enemmän näkökulmia hoitotyön kehittämiseen. Oli rohkaisevaa, että sairaanhoitajat kokivat osastotunnin niin hyödylliseksi, että suosittelivat sitä edelleen esitettäväksi opintojen yhteydessä sekä muilla osastoilla.

Opinnäytetyössä käytetyt tutkimustulokset ja sairaanhoitajien keskustelu osastotunnilla olivat osittain samansuuntaisia. Sairaanhoitajat olivat yhtä mieltä tutkimustulosten kanssa siitä, että kivun arviointi hankaloituu huomattavasti, jos potilas olettaa, että hoitotyön ammattilainen tunnistaa kivuliaan potilaan, ilman että potilas itse kertoo kivustaan. Potilaan ohjaaminen ja osallistaminen ovat sairaanhoitajien mukaan tärkeitä keinoja kivun arvioinnissa ja hoidossa. Sairaanhoitajat kertoivat, että kuten tutkimuksissa oli huomattu, kiire työssä estää käyttämästä ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä halutulla tavalla.

6.2 Toteutuksen ja menetelmien tarkastelu

Esitystilassa oli ennakotietojen mukaan käytettävissä kannettava tietokone ja videotykki. Osastotunnin aloittamisen viivästymisen olisi mahdollisesti voinut välttää, jos videotykin käytettävyyttä olisi varmistettu hyvissä ajoin ennen esityksen alkua. Esitykselle löydettiin kuitenkin toinen tila. Powerpoint valittiin esitystavaksi, koska se on yleisesti käytössä oleva ja osastotunnin tekijälle tuttu tapa laatia esitys. Jälkeenpäin ajateltuna jokin muu ohjelma, esimerkiksi Prezi, olisi mahdollisesti tuonut vaihtelevampaa visuaalista ilmettä esitykselle. Osastotunnin kestoja ajatellen Powerpoint katsottiin kuitenkin tilanteeseen sopivaksi tavaksi. Toimeksiantaja ohjeisti esityksen laatimista siten, että sopiva määrä dioja olisi noin 15 kappaletta. Näin ollen dioihin laitettiin mahdollisimman vähän tekstiä, jotta ydinasiat olisivat helposti katsojien huomioitavissa. Diakohtaiset muistilaput tukivat suullista esitystä, joka esitettiin pääosin ulkomuistista sujuvuuden ja luonnollisuuden vuoksi. Dioja ei luettu sanasta sanaan, vaan asia esitettiin omin sanoin. Esitystavassa pyrittiin välttämään levotonta liikehdintää ja keskittymään selkeään, rauhalliseen puheeseen sekä yleisöön kohdistuvan katsekontaktin ylläpitämiseen.

Osastotunti onnistui sekä sisällön että esityksen osalta hyvin. Lyhyeen esitykseen saatiin sisällytettyä ytimekkäästi olennaisin tieto postoperatiivisen kivun arvioinnista ja opinnäytetyössä käytettyjen tutkimusten tuloksista. Tutkimustulosten esittäminen kivun hoidon ja arvioinnin haasteina esityksen lopussa herätti osallistujissa haluttua keskustelua. Esitystapa oli rento ja sujuva. Muistilaput ja esityksen harjoittelu ennakoon auttoivat pitämään katsekontaktin yleisössä ja puheen sujuvana ja luonnollisena.

Powerpoint-esityksen ulko oli pääosin selkeä. Muutama diassa oli hieman liikaa tekstiä. Yhteen diaan laitettiin yksi otsikko ja teema, jotta viesti pysyy selkeänä. Havainnollistavia kuvia olisi voinut olla esityksessä enemmän. Grafiikan käyttö olisi tuonut dioihin vaihtelevaa ulkonäköä, jotta yleisön mielenkiinto esitystä kohtaan säilyy. Väriteema ja fontti olivat samanlaiset jokaisessa diassa. Vihreä väri valittiin, koska se muistutti Karelia-ammattikorkeakoulun logossa esiintyvää

vihreän sävyä. Diojen asiasisältö laadittiin kohdeyleisöä ajatellen: kivun teoriaa käytiin vähemmän läpi ja keskityttiin käytännönläheisesti itse kivun arviointiin.

Opinnäytetyön aihetta käsitteleviin tutkimuksiin perehdyttäessä huomioitiin maailmanlaajuinen tarve kehittää kivun hoitotyötä ja kivun arviointia. Koska tiedon puute ja tutkimustiedon jalkautuminen työelämään olivat tutkimuksissa mainittuja haasteita kivun hoitotyössä, koettiin oleelliseksi selvittää, kokivatko sairaanhoitajat osastotunnin hyödylliseksi. Lisäksi haluttiin tietää, tarjosiko osastotunti osallistujille uutta tietoa aiheesta. Vuodeosaston kiireisen luonteen sekä osastotunnille varatun rajallisen ajan vuoksi valittiin kirjallisen palautteen pyytäminen. Lomakkeeseen valittiin muutama, opinnäytetyön tavoitteen kannalta oleellinen kysymys, jotta osallistujat ehtivät antaa palautetta ennen työhönsä palaamista. Lomakkeen avulla jokaiselta osallistujalta saatiin vastaus haluttuihin aiheisiin. Lomakkeen lisäksi tehtiin muistiinpanoja osastotuntiin liittyvän keskustelun aikana. Näyttöön perustuva tutkimustieto tuki esityksen teoriapohjaa ja toi uskottavuutta esitykselle.

Opinnäytetyön toimeksiantaja kertoi, ettei ole koskaan esittänyt muiden tekemiä töitä, eikä aio käyttää osastotunnin Powerpoint-esitystä omassa työssään. Toimeksiantaja koki, että esityksen tekijä tuntee oman tuotoksensa parhaiten, joten on hankala esittää muita kuin omia tuotoksia. Näin ollen opinnäytetyöhön sisältyvä osastotunti jää tekijälle opetusmateriaaliksi, jota voi käyttää työelämässä tilaisuuden tullen. Pohdittavaksi jää, kuinka osastotunnin sisältämää tietoa voisi viedä työelämään.

6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Lähdeaineistoa arvioidessa tulee miettiä, mikä on lähteen ikä ja laatu, tiedonlähteen tunnettuus ja auktoriteetti ja mikä on lähteen uskottavuuden aste (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72). Opinnäytetyön kipua ja kivun arviointia koskevan teoriapohjan laatimiseen on käytetty korkeintaan 10 vuotta vanhaa tietoa. Opinnäytetyöhön lähteisiin kuuluvat näyttöön perustuvat tutkimukset ovat

korkeintaan viisi vuotta vanhoja. Kaikki opinnäytetyössä mainitut tutkimukset ovat vertaisarvioituja. Lähteet ovat opinnäytetyön aiheeseen selkeästi liittyviä, tunnettujen julkaisijoiden laatimia ja asiatyylin kirjoitettuja. Lähteistä poimitut tiedot ovat perusteltuja, eivät mielipiteisiin perustuvia, poislukien tutkimukset, joiden aineistoa on kerätty haastateltavien mielipiteitä kysymällä. Tietoa on kerätty sekä kotimaisista että ulkomaisista, painetuista sekä painamattomista lähteistä.

Plagiointi on ideoiden tai ajatusten varastamista. Sitä voivat olla epäselvät tai vaillinaiset viittaukset sekä esimerkkien, väitteiden tai tulosten tekaisu. Tutkimuksen eettiset säännöt kieltävät toisen tutkijan ajatusten, ilmaisujen tai tulosten esittämisen omissa nimissään. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 78.) Opinnäytetyössä on merkitty lähdeviitteet selkeästi, jotta sekaannusta ajatusten, ilmaisujen tai tulosten alkuperästä ei syntyisi.

Kirjallinen raportti on pyritty laatimaan selkolukaiseksi ja helposti ymmärrettäväksi myös aiheeseen perehtymättömälle lukijalle. Toiminnallinen osuus on raportoitu mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 24-25) toteavat, että jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu: kenen ehdoilla aihe valitaan ja kuinka yhteiskunnallisesti merkittävä se on. Tämän opinnäytetyön aihe on työelämän tarpeista lähtöisin sekä uusimpien tutkimusten mukaan ajankohtainen. Osastotunti on todettu toimeksiantajan toimesta laadukkaaksi ja hyödylliseksi. Opinnäytetyö on luettavissa kansallisessa Theseus-tietokannassa.

Osastotunnille osallistuminen ja palautteen antaminen olivat vapaaehtoisia. Palautetta annettiin nimettömästi. Palautelomakkeen kysymykset pyrittiin muotoilemaan siten, että ne eivät johdattele antamaan tietynlaisia vastauksia.

6.4 Ammatillinen kasvu ja kehitys

Toiminnallisen menetelmän käyttäminen opinnäytetyössä on opettanut paljon projektiluontoisesta työstä. Yksin työskennellessä on täytynyt laatia selkeä

aikataulu ja pitäytyä siinä. Työn laajuutta oli myös useaan kertaan pohdittava: miten teoriaosuus rajataan, kuinka syvälle aiheeseen halutaan paneutua, mikä on oleellista halutun lopputuloksen kannalta. Aihetta rajatessa oli huomioitava opinnäytetyölle laadittu aikataulu, eli mitä on realistista saada suunnitellussa aikataulussa valmiiksi.

Opinnäytetyön prosessi tapahtui pääasiassa vuoden 2016 tammikuusta marraskuuhun. Toimeksianto saatiin tammikuussa 2015. Varsinainen työskentely alkoi tammikuussa 2016. Toimeksiantopalaverissa kartoitettiin toimeksiantajan tavoitteita ja tarpeita osastotunnille ja hahmoteltiin opinnäytetyön aihetta tarkemmin. Tammikuusta elokuuhun 2016 etsittiin teoriatietoa kivusta ja kivun arvioinnista, rajattiin ja hahmoteltiin opinnäytetyön aihetta lisää ja kirjoitettiin teoriapohjaa. Elokuussa 2016 osastotunnin Powerpoint-esitys saatiin valmiiksi ja syyskuussa 2016 osastotunti pidettiin. Syyskuusta marraskuuhun 2016 opinnäytetyön raporttia kirjoitettiin loppuun. Opinnäytetyöseminaari ja opinnäytetyön luovutus tarkastettavaksi olivat marraskuussa 2016.

Yhteistyö toimeksiantajan kanssa opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa oli antoisaa. Kivun arvioinnista ja hoitotyöstä käytyjen keskustelujen ansioista näkökulma hoitotyöhön ja kipuun ilmiönä ja kokemuksena syventyi. Keskustelut ohjasivat teoriapohjan ja osastotunnin laatimista ja auttoivat löytämään aiheen ytimen. Opinnäytetyötä tehdessä saatua uutta tietoa ja ymmärrystä voi soveltaa omassa toiminnassa tulevana sairaanhoitajana. Kivun arvioinnin taidot ovat kehittyneet sekä tavoite potilaan osallistamisesta omaan hoitoonsa on vahvistunut. Teoriapohjan laatiminen vahvisti käsitystä siitä, miten tärkeää potilasohjaus on hoitotyössä ja että ohjaamistaitoja voi jatkuvasti kehittää. Osastotunnin toteuttaminen herätti myös kiinnostusta olla jatkossakin mukana työelämän kehittämistoimissa.

Ammatillisen tiedonhaun ja asiatyylin kirjoittamisen taidot vahvistuivat näyttöön perustuvia tutkimuksia etsiessä ja raporttia kirjoittaessa. Tutkimuksiin perehtyminen harjaannutti arvioimaan tutkitun tiedon luotettavuutta, tarpeellisuutta ja käytännön soveltamismahdollisuuksia.

6.5 Jatkotutkimus- ja kehittämisideat

Osastotunnin tavoitteena oli herättää ajatuksia kivun hoidosta, vahvistaa ajatusta kivun arvioinnin tärkeydestä osana kivun hoitoa ja mahdollisesti tarjota uutta tietoa aiheesta. Osastotunti ja palaute antoivat viitteitä siitä, että ajoittainen keskustelun herättäminen ja ”muistuttelu” olisi hyödyllistä työn ohessa. Olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka usein sairaanhoitajat osallistuvat koulutuksiin, onko osallistumiseen edistäviä tai estäviä tekijöitä. Lisäksi voisi selvittää laajemmin hoitajien asenteita kipua, kivun arviointia tai yleisluontoisesti lisäkoulutusta kohtaan. Osastotunnilla olisi voinut kysyä sairaanhoitajien kipumittareiden käytöstä. Kipumittareiden käytön yleisyyttä voisi tutkia tarkemminkin. Heräsi myös kysymys, selvittävätkö työpaikat, millaista lisäkoulutusta työntekijät toivovat ja vaikuttaako se koulutustarjontaan.

Hoitotyön kehittämisen kannalta olisi arvokasta tutkia, miten näyttöön perustuvaa tutkimustietoa saisi ”jalkautettua” kentälle tehokkaammin. Uusimpaan tutkimustietoon perustuvia opinnäytetöitä voisi käyttää viitteenä työelämän yhteisiä käytäntöjä ja menetelmiä suunniteltaessa. Opinnäytetöitä voisi mahdollisesti käyttää enemmänkin hyödyksi suunniteltaessa koulutusalojen opintojen sisältöä, muun muassa valinnaisia opintoja ajatellen. Sekä oppilaitoksissa että työelämässäkin voisi tarjota koulutusta potilaan osallistamiseen ja ohjaustaitoihin.

Lähteet

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Aziato, L., Dedey, F., Marfo, K., Asamani, J. & Clegg-Lampsey, J. 2015. Validation of three pain scales among adult postoperative patients in Ghana. BMC Nursing. 14 (42).
<http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-015-0094-6>. 1.9.2016.
- Chatchumni, M., Namvongprom, A., Eriksson, H. & Mazaheri, M. 2016. Thai nurses' experiences of post-operative pain assessment and its' influence on pain management decisions. BMC Nursing. 15 (12).
- Dartmouth Biomedical Libraries. 2016. PowerPoint: Guides, tips and help.
<http://www.dartmouth.edu/~library/biomed/>. 11.11.2016.
- Finnanest. 2012. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta. 45 (2), 119.
- Hamunen, K. & Kontinen, V. 2015. Leikkauksenjälkeisen kivun hoito. Duodecim. 131. 1921.
- Helakorpi, S., Aarnio, H. & Majuri, M. 2010. Ammattipedagogiikkaa uuteen oppimiskulttuuriin. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö.
http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf. 23.8.2016.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- International Association for the Study of Pain. 2014. IASP Taxonomy.
<https://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576>. 10.3.2016.
- Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Medrzycka-Dabrowska, W., Dabrowski, S. & Basinski, A. 2015. Problems and Barriers in Ensuring Effective Acute and Post-Operative Pain Management--an International Perspective. Advances in Clinical and Experimental Medicine 24 (5), 905–910.
<http://www.advances.umed.wroc.pl/pdf/2015/24/5/905.pdf>. 1.9.2016.
- Mędrzycka-Dąbrowska, W., Dąbrowski, S., Basiński, A. & Małecka-Dubiela, A. 2016. Identification and Comparison of Barriers to Assessing and Combating Acute and Postoperative Pain in Elderly Patients in Surgical Wards of Polish Hospitals: A Multicenter Study. Advances in Clinical and Experimental Medicine 25 (1), 135–144.
<http://www.advances.umed.wroc.pl/pdf/2016/25/1/135.pdf>. 1.9.2016.

- Pogatzki-Zahn, E., Kutschar, P., Nestler, N. & Osterbrink, J. 2015. A prospective multicenter study to improve postoperative pain: Identification of potentialities and problems. *PLoS ONE* 10 (11). <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0143508>. 7.10.2016.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2016. Kivun arviointi. <http://www.pkssk.fi/kivun-arviointi>. 23.8.2016.
- Pöyhiä, R. & Niemi-Murola, L. 2011. Miten käy ummikon kivun utelu? *Kipuviesti* (1), 21–23.
- Rafati, F., Soltaninejad, M., Aflatoonian, M. & Mashayekhi, F. 2016. Postoperative pain: Management and documentation by Iranian nurses. *Mater Sociomed.* 28 (1), 36–40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4789620/#ref2>. 1.9.2016.
- Roivas, M. & Karjalainen, A. 2013. Sosiaali- ja terveystieteen viestintä. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Salanterä, S. & Danielsson-Ojala, R. 2011. Akuutti haavakipu. *Kipuviesti* 1, 30–31.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo; Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sarajärvi, S., Mattila, L.-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Sosiaali- ja terveysministerion asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Työterveyslaitos. 2011. Huolehdi osaamisesta. <http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/vanhustyo/osaaminen/sivut/default.aspx>. 27.10.2016.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ying Ge, T., Konstantatos, A., Cai Fang, Z., Jia Ying, H., Ai Fen, Y. & Boyd, D. 2013. A Cross-Sectional Exploratory Survey of Knowledge, Attitudes and Daily Self-Reported Pain Assessment Practice among Nurses in Mainland China. *Pain Medicine* 14 (10) 1468–1476. Oxford University Press.



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Akuntiesiänsä / AOS
Toimeksiantajan edustaja:	Ulla Särkelä
Osoite:	Tikkamäentie 16, 00210 Järvenpää
Puhelinnumero:	013 - 712730
Sähköposti:	ulla.sarkela@pesset.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hortotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1300170 Anna Kujala
Puhelinnumero:	040 - 7554208
Sähköposti:	anna.m.kujala@edu.karelia.fi

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Postoperatiivisen kivun arviointi
Toteutusmuoto	Toiminnallinen opinnäytettyö
Aikataulu	Tammikuu 2015 - Marraskuu 2016
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	-

Toimeksiantajan sitoumukset	
-	

Opiskelijan sitoumukset	
Yhteistyö toimeksiantajan kanssa	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Merja Nuutinen Tuuli Sunikka

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytettyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys 10.11.2016	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys Anna Kujala
Päiväys 7.9.2016	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys Ulla Särkelä Ulla Särkelä
Päiväys 9.11.2016	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys Merja Nuutinen Merja Nuutinen

Postoperatiivisen kivun arviointi osana kivun hoitoa

Anna Kujala, sairaanhoitajaopiskelija. Karelia-ammattikorkeakoulu. 2016

Leikkauksen jälkeinen kudosvauriokipu

- ▶ Haava-alueella ja sen välittömässä läheisyydessä
- ▶ Kestoltaan rajallista, häviää kun kudosvaurio paranee
- ▶ Haavan koko, infektio ja sijainti, kiristävät ompeleet. Toistuvat ärsykkeet kuten liike, haavan hoito, tiukka sidos.
- ▶ Taustakipu: haava-alueella levossa, usein lievää tai kohtalaista, tuntuu jatkuvasti tai ajoittain. Haavan syntymekanismi, tulehdus, kudoksen hapen tai veren puute, potilaan perussairaudet.
- ▶ Liikekipu: liikkuessa, kääntyillessä, istuessa, yskiessä. Siteiden aiheuttama haitta. Voimakkaampaa kuin lepokipu.
- ▶ Toimenpidekipu: haavassa haavan hoitoon liittyen, mekaaninen puhdistus tai kiinni tarttuneet sidokset. Kosteaa haavanhoito!

Viskeraalinen kipu

- ▶ Sisäelinperäinen kipu
- ▶ Vatsaontelonsisäisen elimen venytys, kiertyminen tai supistus
- ▶ Tuntuu yleensä laajemmalla alueella kuin elin, mistä lähtöisin
- ▶ Aaltomaisuus, kivun heijastuminen, kivun epämääräinen paikantuminen, autonomiset oireet
- ▶ Autonomisia oireita: hikoilu, kalpeus, pahoinvointi ja oksentelu, verenpaineen ja pulssin muutokset
- ▶ Esimerkiksi akuutti vatsa, sydänperäiset syyt, umpilisäkkeen tulehdus

Miksi kipua hoidetaan ja arvioidaan?

- ▶ Vähentää potilaan kärsimystä
- ▶ Arvioinnilla etsitään kivun syytä
- ▶ Voi vähentää leikkaukseen liittyviä komplikaatioita, nopeuttaa kuntoutumista
- ▶ Todennäköisesti vähentää akuutin kivun kroonistumista
- ▶ Ohjaa kivunhoitoa, mittaamisen johdettava toimenpiteisiin riittävän pian
- ▶ Kivun ja kivunhoidon haittavaikutukset potilaalle
- ▶ Hoidon jatkuvuus

Mitä kivusta arvioidaan

- ▶ Potilaan oma arvio!
- ▶ Voimakkuus
- ▶ Sijainti
- ▶ Laatu
- ▶ Ajallisuus
- ▶ Helpottaako/pahentaako jokin kipua
- ▶ Levossa ja liikkeessä

Miten kipua arvioidaan?

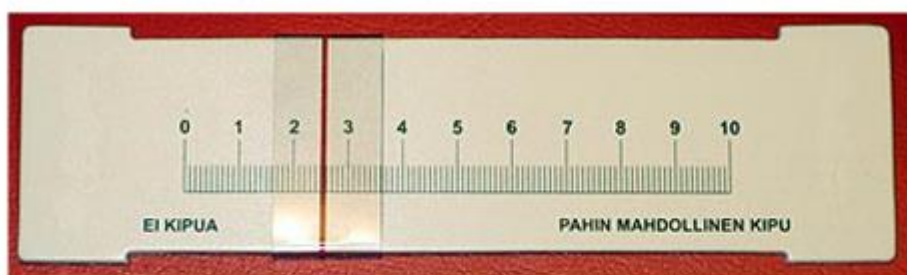
- ▶ Kipumittarit
- ▶ Potilasohjaus. Osallistaminen
- ▶ Kipukäyttäytyminen: kehon kieli, eleet ja ilmeet, ääntely
- ▶ Hoidon vaikuttavuuden arviointi ja kirjaaminen
 - ▶ Voimakkuus, sijainti, laatu, kesto, valitut hoidot, hoitojen vaikutukset
 - ▶ Säännöllisesti ja lääkityksen jälkeen
 - ▶ Tiedon kulku, jatkuvuus

Kliinisessä käytössä testattuja kipumittareita

VRS, NRS, PAINAD

VRS - Verbal Rating Scale

- Sanallinen asteikko, jossa kipua kuvaavat vaihtoehdot ovat
 - Ei kipua
 - Lievä kipu
 - Kohtalainen kipu
 - Kova kipu
 - Sietämätön kipu
- Tunnetaan myös lyhenteellä VDS - Verbal Descriptor Scale



NRS - Numerical Rating Scale

- Numeerinen asteikko 0-10
- 0 = ei kipua, 10 = pahin mahdollinen kipu
- Voidaan käyttää sanallisesti, ilman konkreettista mittavälinettä

PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia

- Käytetään muistisairaana potilaan kanssa
- Viisi arviointiluokkaa
- Kipua arvioidaan viiden minuutin ajan.
- Asteikko 0 = normaali, 1 = lievästi poikkeava ja 2 = selvästi poikkeava
- Viiden havaintoluokan kipupisteet lasketaan yhteen -> kivulle numeroarvo 0 - 10

Rasitusta sopivimmat kohdat:

	0	1	2	Tulos
Hengitys	Normaali ääntelystä riippumatta. Lyhyt hyperventilaatiojakso	Hengitys ajoittain vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso.	Hengitys äänekkästä ja vaivalloista. Cheyne-Stokes -hengitystä.	
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä.	Satunnaista vaikerointia tai voihketta. Valittavaa tai moitivaa hujasta puhetta.	Rauhoittava huutelua. Äänekkästä vaikerointia tai voihketta. Itku.	
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeeton.	Surullinen. Pelokas. Tuima.	Irvisää.	
Elekieli	Levollinen.	Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikehdintää.	Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Pois vetämistä tai työntämistä. Riihtomista.	
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyyntymään.	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntymäminen ei onnistu.	

YHTEENSÄ (0-10) PIST. _____

Haasteet kivun hoidossa ja arvioinnissa

- ▶ Kivunhoitokäytännön, kirjallisten ohjeiden puute
- ▶ Käytännöt
- ▶ Tietojärjestelmät
- ▶ Kivun arvioinnin, kirjaamisen epäsäännöllisyys tai puutteellisuus
- ▶ Ajan ja rauhallisen paikan puute kirjaamiseen
- ▶ Kiire työssä
- ▶ Kipu ei prioriteetti

- ▶ Puutteellinen tieto kivusta, hakeutuminen koulutukseen
- ▶ Tiimityö
- ▶ Validoidut mittarit puuttuvat
- ▶ Henkilökunnan vähyys, vaihtuvuus
- ▶ Potilas passiivinen hoidon kohde
- ▶ Potilaan oma arvio ja käytös ristiriidassa
- ▶ Opetuksen laatu ja määrä koulussa
- ▶ Tiedon jalkautuminen työelämään

Mahdollisuudet

- Kivuliaan potilaan ennakointi
- Koulutuksen kehittäminen oppilaitoksissa ja työelämässä

Lähteet

- ▶ International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy. <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576>
- ▶ Hoitotyön tutkimussäätiö. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf
- ▶ Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy
- ▶ Aziato, L., Dedey, F., Marfo, K., Asamani, J. & Clegg-Lamprey, J. 2015. Validation of three pain scales among adult postoperative patients in Ghana. <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-015-0094-6>. 1.9.2016.
- ▶ Hawker, G., Mian, S., Kendzerska, T. & French, M. 2011. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/acr.20543/full>. 2.9.2016.
- ▶ Hoitotyön tutkimussäätiö. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf. 2.9.2016.
- ▶ Vaasan keskussairaala. 2015. Päiväkirurgisen leikkauksen jälkeen. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/hoito-ja-tutkimukset/leikkaukset/paivakirurgia/anestesiologia/leikkauksen-jalkeen/>. 4.9.2016.

- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2016. Kivun arviointi. <http://www.pkssk.fi/kivun-arviointi>. 2.9.2016.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2015. Kivun voimakkuuden ja kivun hoidon arviointi - työohje. Joensuu: Pohjois-Karjalan keskussairaala.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2015. Kivun arviointi pitkälle edenneessä dementiaassa - työohje. Joensuu: Pohjois-Karjalan keskussairaala.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Salanterä, S. 2008. Akuutin toimenpiteeseen liittyvän kivun arviointi - lyhyt oppimäärä. Kipuviesti 1/2008, 38-39.
- Kontinen, V. 2011. HYKS:n leikkauksen jälkeisen kivunhoidon kehittäminen - suuren sairaalan tuomia mahdollisuuksia ja haasteita. Kipuviesti 1/2011, 15-18.
- Salanterä, S. & Danielsson-Ojala, R. 2011. Akuutti haavakipu. Kipuviesti 1/2011, 30.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2015. Kipu. Käypä Hoito - suositus. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50103#NaN>. 4.9.2016.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2007. Akuutti vatsa. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=Akuutti+vatsa&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo96327. 4.9.2016.

OSASTOTUNNIN PALAUTELOMAKE

7.9.2016

1. Koitko osastotunnin hyödylliseksi?
2. Vastasiko tunnin sisältö odotuksiasi? Jäikö jotain puuttumaan?
3. Haluaisitko osallistua vastaavaan tilaisuuteen uudestaan?
4. Mitä viet mukanas tästä koulutuksesta työelämään?
5. Vapaa sana

KIITOS PALAUTTEESTANNE!